ORCHI-EPIDIDYMITE TUBERCULEUSE A PROPOS DE 2 CAS ENREGISTRES EN PNEUMOLOGIE AU CHU DE COCODY

Kouassi B[1], Horo K[1], Gbazi C[3], Ngom A[1], Koffi N[1], Aoussi R D[1], Aka N[2], Aké C[3], Kakou D, Ahui B[1], Godé C[1], Aka-Danguy E[1], Itchy MV[1].

(1) =*Service de pneumologie CHU de Cocody Abidjan BP V13 Abidjan Côte d'Ivoire ;* (2) =*Service de microbiologie de l'Institut Pasteur de Côte d'ivoire BP V13 ;* (3) =*Service de radiologie du CHU de Cocody Abidjan BP V13 Abidjan Côte d'Ivoire*

Correspondances : KOUASSI Boko A, 22 BP : 1105 Abidjan 22, Côte d'Ivoire Fax : (225)22 44 13 79
Mail : bokokouassi@hotmail.com

RESUME

Les auteurs rapportent 2 cas d'orchi-épididymite tuberculeuse détectés dans le service de pneumologie Cocody (Abidjan). Il s'agit de 2 adultes jeunes sans facteurs favorisants particuliers, admis pour tuméfaction isolée des bourses, sans signes d'imprégnation tuberculeuse. Le diagnostic a été fait grâce à l'isolement du bacille tuberculeux dans le pus de fistulisation testiculaire (1cas) et à l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire d'une orchi-épididymectomie. Ces deux patients ont présenté des complications diverses : un cas de stérilité et une véritable septicémie à bacille tuberculeux (miliaire pulmonaire, cérébrale...) à point de départ testiculaire. La sérologie VIH était négatif dans les deux cas

L'évolution était favorable chez nos deux patients après 6 mois de traitement antituberculeux mais l'azoospermie persiste chez un cas.

Mot clés : tuberculose, testicule épididyme,

INTRODUCTION

La tuberculose est du fait de sa fréquence, un véritable fléau aux répercussions socio-économiques considérables et continue donc à poser un problème majeur de santé publique **[1].** Elle connaît une recrudescence depuis l'avènement de l'infection à VIH **[2 3 4].** Les manifestations cliniques et radiologiques de la tuberculose peuvent être atypiques chez les malades infectés par le VIH. La tuberculose est pulmonaire le plus souvent mais peut être extra pulmonaire dans une proportion de 10 % à 20 % des cas. Cependant sa localisation génitale isolée est exceptionnelle **[5]** voire méconnue. Elle fait penser en premier à une infection à germe banal ou à une cause tumorale. De ce fait, le diagnostic est tardif avec des complications parfois grave à type de stérilité définitive.

La découverte de deux cas de tuberculose orchi-épididymaire dans le service de Pneumo-Phtisiologie mérite d'être portée à la connaissance des praticiens afin que ceux-ci soient informés de cette atteinte très rare pour une prise en charge précoce et efficace.

Observations N°1

Mr K. S, âgé de 22 ans, étudiant à Abidjan , sans antécédent particulier a été adressé au service de pneumologie en Février 2004 pour tuméfaction douloureuse testiculaire gauche évoluant depuis 8 mois (juin 2003). Cette douleur était accompagnée d'une fièvre vespérale sans les autres signes d'imprégnation tuberculeuse. L'examen physique était pauvre en dehors de la bourse qui était augmentée de volume et douloureuse à la palpation. L'échographie scrotale réalisée a montré des testicules normaux mais avec la présence de collection liquidienne dans la bourse. Il a été mis sous antibiotique (Augmentin®) associé à un anti-inflammatoire pendant un mois sans succès. Il est apparu une fistule au niveau de la bourse qui va

nécessiter une mise à plat. Malgré les pansements réguliers de la plaie associées à une antibiothérapie faite de fluoroquinolone, on notait une persistance de la suppuration locale. A la 2ème intervention, le chirurgien découvre un infarctus du testicule et de l'épididyme gauche. Il réalise alors une orchi-épididymectomie dont l'analyse anatomopathologique a objectivé des lésions tuberculeuses.

Le bilan de la maladie n'a pas retrouvé d'autres localisations notamment au niveau pulmonaire (la radiographie pulmonaire était normale et la recherche de bacille tuberculeux dans les crachats était négative). La sérologie VIH était négative.

Le patient a été mis sous traitement antituberculeux de 1ère ligne, c'est à dire *Rifampicine* (R), *Isoniazide* (H), *Ethambutol* (EMB) *et pyrazinamide* (Z) (RHZE) pendant deux mois; puis de RH pendant 4 mois associé à une corticothérapie (cortancyl® 20) pendant un mois.

L'évolution était favorable. Cependant à la palpation on notait la persistance d'un nodule intra testiculaire d'environ trois cm de diamètre objectivé à l'échographie comme un kyste de la queue du cordon. Un spermogramme fait à la fin du traitement et 1 an après le traitement objectivait une azoospermie.

Observations N°2

Mr D. A. âgé de 32 ans, conducteur à Abidjan, père de 2 enfants, sans antécédent particulier, a été admis en pneumologie pour tuberculose orchi-épididymaire. L'histoire de la maladie remonterait au mois de Juin 2004 par une tuméfaction douloureuse de la bourse traitée

initialement avec une antibiothérapie (*floroquinolone*) associé à un anti-inflammatoire non stéroïdien sans succès. L'échographie scrotale avait objectivé une collection liquidienne au niveau de la bourse. Il va bénéficier d'une intervention chirurgicale pour une mise à plat de la tuméfaction scrotale. Environ 6 jours après, vont apparaître une fièvre à 39°C, une dyspnée à l'effort, des céphalées intenses puis rapidement des troubles de la conscience. Admis aux urgences médicales, l'examen physique à l'entrée a montré un patient obnubilé, agité sans signes de localisation ni de raideur méningée, le tout évoluant dans un contexte de syndrome infectieux (faciès terreux, température à 39°5C). Au niveau scrotal, on notait un testicule gauche légèrement induré avec une plaie scrotale à fond nécrotique jaunâtre suintant à la pression (*Figure 1*). L'examen pulmonaire a objectivé une polypnée à 30 cycles/min et des râles crépitants dans les deux champs pulmonaires. Les examens paracliques réalisés à cet effet ont objectivé à la radiographie pulmonaire une miliaire radiologique (Figure 2) mais avec une bacilloscopie négative dans le liquide du tubage gastrique. Au scanner cérébral on notait un aspect tomodensitométrique en faveur d'une dissémination pluri-abscédaire parenchymateuse cérébrale sus et sous-tentorielle realisant une véritable miliaire cérébrale (Figure 3). La recherche du bacille tuberculeux sur le pus de la plaie scrotale était positive à 2+. Le bilan du terrain était sans particularité (sérologie VIH négative, glycémie = 0,80 g/l)

Le patient a été mis sous traitement antituberculeux de 1ère ligne pendant deux mois; puis de RH pendant 4 mois associé à une corticothérapie pendant un mois. L'évolution était favorable avec régression rapide des signes neurologique et pulmonaire.

DISCUSSION

Habituellement devant une lésion (tuméfaction, douleur….) orchi-épididymaire, on suspecte en premier lieu une infection à germes banal ou une tumeur. L'étiologie tuberculeuse est rarement évoquée. Bien que la tendance actuelle, sous la poussée de l'infection à VIH, soit la recrudescence des formes extra pulmonaires **[3],** la tuberculose urogénitale (orchi-épididymaire) reste exceptionnelle même en zone endémique. Sa prévalence exacte n'est pas établie, Quenum et col **[6],** dans une série de 15000 prélèvements biopsiques ou pièces opératoires ont trouvé 15 cas de tuberculose urogénitale dont 11 localisations épididymaire (soit 0.07% des affections urogénitales). Weschesler **[7]** rapportent une localisation épididymaire dans 36 % des cas de tuberculose uro-génitale ; tandis que Neveu ne la retrouve que dans 12 % des cas. **[5].**

L'atteinte testiculaire est rarement isolée. Elle est presque toujours associée à l'atteinte de l'épididyme du fait de la proximité de ces deux organes. En effet la localisation la plus fréquente de la tuberculose génitale concerne l'épididyme avec siège initial l'anse épididymodéférentielle. L'atteinte testiculaire est secondaire par contiguïté.

La symptomatologie n'est pas spécifique ; elle peut se présenter sous forme aiguë ou évoluer silencieusement (plus fréquente) et est dominée par une tuméfaction douloureuse des bourses. Les signes généraux c'est-à-dire les signes d'imprégnation tuberculeuse sont quasiment absents chez les deux patients et également dans la littérature. L'examen physique est souvent pauvre. Il peut se limiter à une augmentation du volume scrotal évoquant aussi bien une tumeur testiculaire qu'une orchi-épididymite chronique, d'autant plus que l'évolution est la même, insidieuse et à bas bruit **[8].** Le tableau est encore moins spécifique lorsque la sérologie VIH est négative comme chez nos 2 patients. En effet de façon générale, la localisation extrapulmonaire de la tuberculose se voit surtout chez les sujets VIH positifs. Mais la localisation testiculaire ne semble pas être influencée par l'infection à VIH. Ces arguments divers sans aucune spécificités peuvent pendant longtemps égarés le médecin, responsable du retard et des difficultés diagnostiques. Ce retard pourrait favoriser des complications:à type d'extension aux organes de voisinage (vésicules séminales, prostate, vertèbres, psoas…) avec des complications à type de stérilité **[5, 8]** (cas du 1er patient). Elle procède par obstruction des voies séminales ou par fonte testiculaire due à la nécrose caséeuse. Parfois il s'agit d'une généralisation de la tuberculose c'est-à-dire une septicémie à bacille tuberculeux (cas du 2ème malade). Elle peut donc mettre en jeu le pronostic vital. D'où l'intérêt d'une exploration exhaustive afin d'obtenir un diagnostic précoce pour minimiser les complications. Le diagnostic est toujours difficile, notamment en l'absence de contexte de signes d'imprégnation tuberculeuse. L'échographie scrotale peut aider au diagnostic étiologique. Elle montre un aspect hypoéchogène et hétérogène du testicule. On note la présence de marge irrégulière entre le testicule et l'épididyme **[1, 8, 9].** Malheureusement ces lésions radiologiques ne sont pas spécifiques. Elles sont parfois absentes. En cas d'orchi-épididymite tuberculeuse isolée comme dans notre étude, on peut discuter plusieurs diagnostics entre autres une tumeur maligne testiculaire ou une origine infectieuse chronique spécifiques ou non spécifiques. Cependant l'existence de certains éléments

physiques tel que l'état de l'épididyme tuméfié ou nodulaire et la présence de fistule ou de collection scrotale doivent faire rechercher activement une tuberculose orchi-épididymaire. Le bilan diagnostic doit comporter une recherche du bacille tuberculeux dans les différents liquides pathologiques (urine, pus scrotale, ...) à l'examen direct et mise en culture sur un milieu spécifique (*Lowenstein Jensen*). La rentabilité de cette recherche est très variable d'une série à l'autre. L'examen anatomopathologique de fragments biopsiques des testicules et d'épididyme est souvent l'ultime recours pour confirmer le diagnostic.

Le traitement de la tuberculose orchi-épididymaire repose essentiellement sur la chimiothérapie antituberculeuse. Parfois une épididymectomie voire une orchi-épididymectomie est indiquée lorsque persiste un abcès ou une fistule ou des lésions fibrocaséeuse évoluant vers une fistulisation et compromettant la fécondité **[8].** La chirurgie réparatrice se limite à la réperméabilisation microchirurgicale de la voie séminale par vaso-vasostomie ou vasoépididymostomie. Cependant ces interventions plastiques délicates sont toujours vouées à l'échec.

Le pronostic varie naturellement selon les phases de l'affection auxquelles le malade vient en consultation et selon la précocité du diagnostic. Un diagnostic tardif ou une mauvaise observance peut conduire à une stérilité le plus souvent définitive ; c'est le cas du sujet de 22 ans de notre étude qui a une azoospermie persistante.

CONCLUSION

La tuberculose orchi-épididymaire est exceptionnelle même en zone endémique tuberculeuse. Lorsque l'atteinte est isolée, elle pose essentiellement un problème de diagnostic. La tuberculose est rarement évoquée conduisant à un diagnostic tardif avec des risques de complications. Le praticien doit, devant toute tuméfaction surtout avec une collection scrotale, associée ou non à une fistulisation du scrotum, éliminer une tuberculose orchi-épididymaire.

REFERENCES

1. Gueye S.M., BA M., Sylla C., Ndoye A., Fall A., Diaw J., Mensah A. Les manifestations épididymaires de la tuberculose uro-génitale. Dakar médical, 1996, 41, 1 : 55-58

2. Gow J. G. Genitourinary tuberculosis. In Campbell's Urology, 5th ed .Edited by PC Walsh, R.F. Gittes, A. D. Perlmutter and T. Stamey. Philadelphia : W.B. Saunders Co. , chapt. 23, pp.791-811.

3.Kevin De Kock KM, Gnaoré E, Agjorlo G. Risk of tuberculosis with HIV1 and HIV2 infections in Abidjan Côte d'Ivoire. Brit Med J, 1991; 301: 496-499

4. Coulibaly M, Coulibaly D, Kamaté M Rapport sur l'épidémiologie de la tuberculose Revue du programme anti-tuberculeux de Côte d'Ivoire Tuberc Lung Dis 1996 ; 77 :8

5. Neveu J., Olivier Ch., Valton M. Pathologie de l'épididyme. Ann. Urol ., 1980, **14**,2, 1979-1981.

6. Quénum C., Ndiaye P.D. La tuberculose au Sénégal à partir de documents anatomopathologiques Médecine d'Afrique Noire ,1969,**4**,361-365.

7.Weschesler H., Lattimer J.K. The earlest signs and symptoms in 127 male patients with genitourinary tuberculosis J. Urol., 1960, **83**, 6, 801-803.

8. Le Guillou M., Pariente J.L., Gueye S.M.Tuberculose uro-génitale E.M.C. (Paris), 1994, 18078-A-10.

9. Chambers RM Fistules urétrales tuberculeuses. Br J Urol 1971 ; 43 : 243-248

Figure 1: plaie scrotale

Figure 2 : radiographie pulmonaire montrant une miliaire radiologique

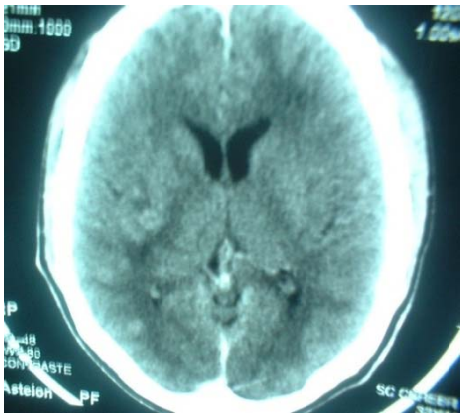

Figure 3: scanner cérébral montrant la miliaire cérébrale avec des zones de confluence